UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1915. — N° 11

La CARIE DENTAIRE chez les Tuberculeux

Existe-t-il une relation entre la Topographie des Lésions pulmonaires et la Distribution de la Carie dentaire spontanée dans la Tuberculose commune ?

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 24 décembre 1915,

PAR

M. Henri JOLY

né à Amiens, le 28 mai 1885

Ancien interne de l'Hôpital civil d'Oran, ancien externe des Hôpitaux d'Amiens

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN DELTEIL, *Professeur de Clinique Médicale.* — PRÉSIDENT.

VINCENT, *Professeur de Clinique Chirurgicale.....*
POUJOL, *Professeur d'Anatomie pathologique.....*
PELISSIER, *Délégué dans les fonctions d'Agrégé de Chirurgie.....*
— ASSESSEURS.

ALGER
IMPRIMERIE ALGÉRIENNE
1915

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1915. — N° 11

La CARIE DENTAIRE chez les Tuberculeux

Existe-t-il une relation entre la Topographie des Lésions pulmonaires et la Distribution de la Carie dentaire spontanée dans la Tuberculose commune ?

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 24 décembre 1915

PAR

M. Henri JOLY

né à Amiens, le 28 mai 1885

Ancien interne de l'Hôpital civil d'Oran, ancien externe des Hôpitaux d'Amiens

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN DELTEIL, *Professeur de Clinique Médicale.* — PRÉSIDENT.

VINCENT, *Professeur de Clinique Chirurgicale*..... — ASSESSEURS.

POUJOL, *Professeur d'Anatomie pathologique*.....

PELISSIER, *Délégué dans les fonctions d'Agrégé de Chirurgie*.....

ALGER

IMPRIMERIE ALGÉRIENNE

1915

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (✻, I. ✪).
ASSESSEUR..... TRABUT (✻, I. ✪, O. ✿).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (I. ✪).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✪).
Physiologie	REY (✻, I. ✪).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	BRAULT (✻, I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (✻, I. ✪)
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻, I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, A. ✪).
Chimie médicale et toxicologie	MALOSSE (I. ✪, ✿).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✪).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻, I. ✪, O. ✿)
Pathologie générale, microbiologie	SOULIÉ (I. ✪).
Hygiène et médecine légale	CRESPIN (I. ✪).
Histologie	ARGAUD (I. ✪).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✪).

CHARGÉ DE COURS, PROFESSEUR ADJOINT

Chimie biologique..... M. SAMBUC (I. ✪).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine générale	MM. GILLOT (I. ✪).
Physiologie	BATTEZ.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM. LEBLANC (A. ✪).
Chaires de pathologie, de clinique externe et de clinique obstétricale	E. CABANES (A. ✪).
Chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale	FUSTER. (A. ✪).
Chaires de chimie et de physique	MALOSSE (A. ✪).
Chaires de pharmacie et de matière médicale	MUSSO.
Section de médecine générale	RAYNAUD.
Section de chirurgie	LOMBARD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine	NÈGRE.
Délégué dans les fonctions d'agrégé, chirurgie	PELISSIER.

Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A mes Parents

A ma Femme

A mon Fils

A mes Beaux-Parents

A la Mémoire de mon Frère

A mes Belles-Sœurs

A mes Oncles et Tantes

A mes Cousins et Cousines

A mes Amis

A Messieurs les Officiers
du 2e Régiment de Marche du 2e Etranger

A Monsieur

le Professeur ARDIN DELTEIL

Professeur de Clinique Médicale a la Faculté d'Alger

qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter

la présidence de cette thèse.

A mes JUGES

A mes Professeurs de la Faculté d'Alger

A mes Maitres de l'Hopital civil d'Oran

A mes Professeurs
de l'Ecole de Médecine d'Amiens

INTRODUCTION ET PLAN

On s'est souvent demandé, depuis ces dernières années, quelles relations pouvaient exister entre la carie dentaire et la tuberculose pulmonaire ? Le nom de Ferrier restera lié à ce genre d'étude, et c'est précisément de l'observation sagace de cet auteur qu'est née la « méthode de la recalcification » dans la cure de la bacillose.

Ces recherches, disons-le immédiatement, n'ont rien de commun avec les idées qui ont inspiré cette thèse : il ne s'agira pas ici de considérations bio-chimiques, et le laboratoire est totalement étranger à notre travail. Nous avons eu simplement l'intention de vérifier, par quelques observations, des faits cliniques qui ont été signalés il y a déjà plusieurs années par un clinicien modeste, il est vrai, mais dont les conceptions originales en matière de pathologie générale humaine, méritent à coup sûr d'attirer l'attention, nous voulons parler de Monsieur le docteur Molle, médecin de l'hôpital civil d'Oran.

L'idée maîtresse de ce praticien a été exposée, pour la première fois, en 1905, *dans une brochure intitulée : « L'Homme droit et l'Homme gauche, au point de vue pathologique », et depuis, a fait l'objet d'une assez longue série de travaux tant de sa part que de ses divers élèves. Elle consiste brièvement en cette particularité que l'être humain, présentant une sorte de déséquilibre de son système nerveux trophique, offre aux divers processus infectieux, affectant un certain*

caractère de spontanéité, une résistance sensiblement inégale d'un côté à l'autre, le sens de cette inégalité variant, d'ailleurs, d'un individu à un autre.

La carie dentaire spontanée, par exemple, fera sa première apparition du « côté faible », suivant l'expression de notre auteur, de même que les lésions tuberculeuses du poumon, débuteront dans des régions déterminées, suivant qu'il s'agira de sujets « faibles droits » ou « faibles gauches ».

Nous le répétons, dès 1905, *Molle avait formulé diverses lois se rapportant à ces particularités, mais aucun travail d'ensemble n'avait encore porté sur cette association de la carie dentaire et de la bacillose, au point de vue de leur distribution topographique. Ce sera le but de cette thèse.*

Dans un premier chapitre, nous exposerons aussi rapidement que possible les idées théoriques de notre Maître, donnant ainsi à nos lecteurs la clé qui leur permettra, en quelque sorte, de vérifier à leur tour tous les faits cliniques dont la relation fera l'objet d'un second et dernier chapitre.

CHAPITRE Ier

Exposé des conceptions que justifient nos recherches

§ 1er.— *Comment il est possible de vérifier chez la grande généralité des individus l'existence d'une inégalité de certaines réactions nerveuses dans le domaine sensitif entre le côté droit et le côté gauche.*

Molle subdivise ces moyens de vérifications en deux catégories principales qui d'ailleurs se complètent l'une l'autre:

Ce sont, d'une part, *des troubles d'hémihyperesthésie neuro-musculaires* et, de l'autre, ce qu'il désigne par le nom de « signe du décubitus latéral de prédilection ».

Nous allons les exposer successivement :

A. — *Hémihyperesthésies neuro-musculaires systématisées.*

Ces troubles d'hémihyperesthésie s'observent pour la plupart avec une fréquence vraiment surprenante ; ainsi

que leur appellation le fait prévoir, ces manifestations sont *unilatérales* et elles siègent à la fois au sein de certaines masses musculaires et sur le trajet des troncs nerveux susceptibles d'être explorés ; nous allons étudier successivement ces deux modalités d'hyperesthésies, en nous inspirant naturellement des descriptions qu'en a données l'auteur qui nous occupe.

1° *Hémihyperesthésies musculaires* :

Ces manifestations affectent elles-mêmes deux modalités distinctes : dans la première, l'hyperesthésie siège non pas dans la totalité d'un muscle donné, mais seulement dans une fraction limitée de ce muscle, en des « lieux d'élection » que Molle désigne sous le nom de *zones d'hyperesthésie.*

Dans la seconde, au contraire, l'exagération de la sensibilité s'étend à la totalité du muscle en exploration.

Ces deux modalités ont d'ailleurs des caractères généraux qui leur sont communs, aussi bien n'en ferons-nous qu'une seule et même description ; après quoi, nous décrirons le manuel opératoire de leur recherche.

a) *Caractères communs aux hyperesthésies musculaires, qu'elles affectent une zone limitée du muscle ou la totalité de sa masse.*

Nous devons noter tout d'abord, que d'assez nombreux auteurs ont longuement décrit cette seconde modalité dans certaines affections et plus particulièrement au cours de la tuberculose pulmonaire ; nous citerons *Weill*, *Jacquet* et ses élèves *Jannot* et *Lebard*, tandis que *Molle*, tout en s'étendant sur la sensibilité musculaire totale, a créé de toutes pièces la sensibilité en « zones », dont la fréquence, d'après lui, est telle qu'il la considère comme un phénomène pour ainsi dire physiologique.

Ceci dit, voici quelques-uns de ces caractères généraux.

Le premier, et sur lequel il est insisté dans toutes les descriptions, c'est que ces troubles douloureux sont restés presque toujours *inaperçus du malade.*

« Cette hyperesthésie musculaire, dit Weill, s'accom-« pagne parfois d'un fonctionnement douloureux des « muscles....., mais le plus souvent, le *patient ne s'en « aperçoit pas. il l'ignore complètement et il faut la recher-« cher systématiquement.* »

« L'hyperesthésie musculaire, dit Lebard, comme l'hy-« peresthésie nerveuse, *sont généralement ignorées du ma-« lade* ; il n'en a aucune conscience. L'exploration métho-« dique seule la met en évidence. »

« On ne saurait trop insister sur ces faits, dit Didier, « ils permettent d'une part d'éliminer du syndrome la « plupart des douleurs spontanées ressenties par les ma-« lades et qu'ils décrivent si volontiers à leur médecin, « et, d'autre part. nous savons aussi qu'il faut se donner « la peine de rechercher ces symptômes pour les appré-« cier. »

Molle a particulièrement insisté sur les difficultés que présentent parfois ces explorations :

« Il est nécessaire, dit cet auteur, de bien faire com-« prendre au sujet examiné la portée des questions qui « leur sont posées. C'est ainsi que beaucoup de personnes, « quand on leur demande : « Eprouvez-vous une douleur « ou une sensation quelconque ? » répondent étourdiment « par la négative. Comme en effet, ces sujets n'ont jamais « *ressenti spontanément* de douleur particulière au niveau « de la région qui fait l'objet de l'examen, ils confondent « cet état normal avec le nouvel état de choses, déterminé « par l'exploration présente. Aussi doit-on leur donner « des explications d'autant plus claires que la perception « de ces sensations est plus délicate. »

Un second caractère est celui relatif à la *variabilité* observée dans *l'intensité* de ces manifestations hyperes-thésiques.

« Tantôt, dit *Weill*, le pincement des muscles provoque « une douleur légère, quoique très nette. Parfois, il arrache « au malade des cris, déterminant des mouvements de « recul, des soubresauts..., alors que, même dans les cas « d'hyperesthésie excessive, il peut arriver que le malade « ne souffre pas à l'occasion des mouvements... »

D'après *Lebard*, « l'intensité de la réaction provoquée « par l'exploration des muscles est des plus variables. « C'est tantôt une sensation légère mais pénible, devenant « peu à peu gênante, voire douloureuse, quand on insiste « par des pressions répétées. A ce degré, le malade mani- « feste sa sensation par des grimaces... Dans d'autres cas, « c'est d'emblée une douleur très violente, tellement vive, « qu'elle arrache un cri au malade ; il a un brusque mouve- « ment de retrait pour se soustraire à cette souffrance. »

Molle décrit également « une douleur locale que le « sujet apprécie bien supérieure à celle que les mêmes « moyens déterminent du côté opposé... »

Mais, à côté de ces troubles naissant et mourant sur place, il a observé la détermination de « *phénomènes* « *sympathiques* s'irradiant à distance... »

« On peut provoquer, dit cet auteur, à l'instant même, « une sorte d'oppression, de constriction à l'épigastre... » Il est vrai que ces derniers symptômes sont surtout observés au niveau des hyperesthésies en « zones ».

Un troisième caractère se présente maintenant à notre étude ; nous voulons parler de la *distribution* de ces troubles sensitifs à l'un et l'autre côté du corps, en un mot de leur *systématisation* au sens général du mot.

D'après *Weill*, « le champ de l'hyperesthésie a une « étendue moyenne assez constante : seize fois sur vingt, « elle se limite à une moitié du corps ; quatre fois, elle se « généralise aux deux côtés ; mais, dans ces derniers cas, « elle est toujours soit comme étendue, soit comme inten- « sité, prédominante d'un côté... »

Lebard, d'après *Jacquet*, cite un cas d'hyperesthésie

généralisée, et un autre d'hyperesthésie *croisée*, chez un tuberculeux. Mais, il spécifie expressément qu'il s'agit là d'exceptions et que, dans l'immense généralité des cas, ces troubles de la sensibilité sont nettement *systématisés à un seul côté du corps.*

La description de *Molle* diffère légèrement des précédentes ; pour lui, en effet, tandis que dans la tuberculose pulmonaire confirmée, l'hyperesthésie musculaire est unilatérale, au contraire, dans la forme de début, il n'est pas rare qu'on trouve une hyperesthésie *symétrique* et *croisée* siégeant au niveau de muscles formant le revêtement des sommets. C'est ainsi que lorsque le grand pectoral *gauche* est hyperesthésié, ce sera le trapèze *droit* qui présentera le même phénomène ; et réciproquement. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur cette particularité.

b) *Manuel opératoire de la recherche des hyperesthésies musculaires.*

Voici en quels termes *Weill* décrit sa méthode personnelle :

« Il suffit, pour constater cette hyperesthésie, de presser « légèrement les muscles, de les pincer pour déterminer « une réaction plus ou moins vive. On peut facilement « s'assurer, par la comparaison avec d'autres malades, « qu'il ne s'agit pas d'une susceptibilité physiologique du « sujet. Au reste, comme l'hyperesthésie est dans la plu- « part des cas limitée à un seul côté, la manœuvre sur les « muscles sains fait ressortir très nettement l'hyperes- « thésie du côté opposé ».

« Pour la recherche de la sensibilité générale musculaire, « dit *Lebard*, *Jacquet* nous a enseigné le procédé suivant : « prenant le bord libre d'un muscle entre deux doigts, « du trapèze par exemple, nous le soulevons légèrement, « et en même temps nous le pinçons avec une certaine

« brusquerie. A l'état normal, cette exploration réveille « une sensation particulière, toujours désagréable, même « par un pincement modéré, bien différente de la sensation « due à la pression de la peau et aisément distinguée par « le malade. Or, dans le cas d'hyperesthésie profonde, on « provoque ainsi, non pas une sensation désagréable, « mais une *vive douleur*, et il est aisé par comparaison avec « le côté opposé d'apprécier si cette hyperesthésie est ou « non unilatérale ».

Molle qui a, ainsi que nous l'avons dit, généralisé l'étude de ces phénomènes à toute une série d'états pathologiques, a rattaché à l'hyperesthésie musculaire ci-dessus décrite, ses hyperesthésies en zones dont la vérification exige une technique assez minutieuse.

Cet auteur a donc cru nécessaire de décrire certains de ses procédés, et il nous paraît intéressant de les reproduire au moins en partie.

L'exploration du grand pectoral est ainsi décrite : « Le malade ayant le thorax à nu, on le prie d'écarter légè- « rement les bras du corps, en contractant le moins pos- « sible les muscles de la région scapulo-humérale ; la posi- « tion dite : « des poings sur les hanches » convient parti- « culièrement ; dans ces conditions, la paroi antérieure du « creux de l'aisselle est parfaitement tendue, isolée et « accessible ; cette paroi est alors saisie entre le pouce et « l'index de chaque main, simultanément d'un côté et de « l'autre, et pincée progressivement sur toute son épais- « seur jusqu'à apparition de la douleur ; il est possible « de cette façon de comparer très aisément l'intensité de « la douleur d'un côté à l'autre. »

Pour l'exploration des muscles trapèze, « on procède également par pincement au niveau du bord supérieur de « ces muscles rendus saillants par une attitude appropriée « de la tête... »

En ce qui concerne les hyperesthésies en zones, notre auteur attache plus particulièrement d'importance à

l'exploration de trois régions principales : il décrit successivement une zone *fessière*, une zone *abdominale*, et enfin une zone rachidienne.

La zone *fessière* siège vers le tiers supérieur des masses des fessiers, vers le centre de la fosse iliaque externe ; il existe là une région assez limitée où l'écrasement des fibres musculaires entre le plan osseux et la pulpe du doigt produit une sensation douloureuse particulièrement désagréable quand l'hyperesthésie recherchée existe réellement.

La zone *abdominale* se découvre vers le tiers moyen du trajet du muscle grand droit de l'abdomen, entre la région ombilicale et l'insertion pubienne de ce muscle, c'est-à-dire, vers la région correspondant à la zone ovarienne ; il est bien évident que cette dernière exploration doit être pratiquée de façon à respecter les organes abdominaux sous-jacents.

Enfin, l'exploration de la zone *rachidienne*, à laquelle d'ailleurs *Molle* attache la plus grande importance, est ainsi décrite : « Le malade est assis sur une chaise sans « dossier, ou bien sur une chaise ordinaire, mais disposée « de telle sorte que le dossier ne puisse gêner les mouve- « ments de l'observateur. Ce dernier se place complète- « ment face à la gauche du patient, également dans la « position assise et aussi près de lui que possible.

« Ainsi disposé, il embrasse avec le bras gauche la ré- « gion thoracique antérieure du malade, la main placée « sur le moignon de l'épaule droite. Il immobilise alors « solidement le corps du sujet en serrant vigoureusement « le thorax entre sa main d'une part, et sa propre épaule « gauche de l'autre, le bras arc-bouté n'exerçant aucune « constriction au niveau de la région sternale, constriction « qui, à elle seule, pourrait déterminer une sensation « d'oppression. Le patient ainsi fixé, l'exploration des « gouttières dorsales se pratique comme il suit : l'index « de la main droite recourbé en crochet est fortement « appuyé par sa face dorsale successivement d'un côté à

« l'autre, et de la même gouttière, sur différents points de « sa surface ; on arrive ainsi, par tâtonnements, à trouver « un point précis où la douleur revêt un caractère très « spécial et au niveau duquel le malade déclare éprouver « en tous cas une sensation fort différente suivant le côté « exploré... »

2° *Hyperesthésies des troncs nerveux.*

Weill a complètement passé sous silence ce genre de troubles ; *Jacquet* au contraire, les a mis particulièrement en lumière.

« D'une manière générale, dit son élève *Lebard*, cette « hyperesthésie est parallèle à celle des muscles avec « laquelle elle coexiste et qu'elle *précède toujours*... Elle « tend vers le type *unilatéral* ; tantôt, elle est partielle, « tantôt, elle peut se généraliser à tous les troncs nerveux « d'un côté, ceux du côté opposé à égalité de pression « restant à peu près indifférents. »

Comment faut-il explorer cette sensibilité des nerfs et de quelle façon arrive-t-on à démarquer leur hyperesthésie relative ?

Voici de quelle façon agit Lebard : « Nous recherchons « la sensibilité des troncs nerveux de la manière suivante : « par la pression douce et graduelle d'un nerf contre un « plan dur sous-jacent, osseux ou aponévrotique ; c'est « ainsi que nous explorons le radial dans la gouttière de « torsion humérale, le crural sur le plan musculo-aponé- « vrotique du pli de l'aine, le cubital dans sa gouttière « épitrochléenne ; le phrénique et le pneumo-gastrique « sont explorés par la pression entre les deux chefs du « muscle sterno-cleidomastoidien..., la sensibilité des « troncs nerveux est facilement mise en jeu par ces pro- « cédés, et son exaltation reconnue aisément, si l'on a le « soin indispensable d'agir par comparaison avec les nerfs « du côté opposé... »

Molle s'est étendu d'une façon plus particulière sur l'exploration des pneumo-gastriques. Après examen de diverses méthodes, il s'est arrêté à celle qui consiste à comprimer le nerf entre la pulpe du pouce et la face antérieure de la colonne cervicale. Il signale à quelles difficultés on se heurte quand on essaye de dégager, parmi les phénomènes provoqués par la compression du faisceau musculo-nerveux du cou, la part qui revient à chacun des éléments dudit faisceau ; à son avis, les phénomènes qui sont sous la dépendance de la compression du vaisseau carotidien s'obtiennent par une pression douce et prolongée, alors que ceux consécutifs à la compression du vague apparaissent à la suite d'une pression plus brutale et de peu de durée.

B. — *Le signe de décubitus latéral de prédilection.*

Les faits que nous venons d'étudier jusqu'à présent sont d'ordre essentiellement subjectif ; ils sont sans doute intéressants, diront de nombreux cliniciens, mais ils sont éminemment justiciables de la grande objection qui s'adresse aux phénomènes de cette nature, lesquelles sont souvent suggérés par les médecins à leurs patients.

« Nous touchons à la partie faible de l'édifice, déclare « Didier ; toutefois, ajoute-t-il, *Molle* a prévu cette objec- « tion et il est parvenu à renforcer la réalité de ce trouble « nerveux à l'aide d'un autre symptôme, dont la concor- « dance lui a paru toujours parfaite, et qui est totalement « en dehors de la suggestion médicale... Ce symptôme, qui « lui est absolument *personnel*, est pleinement celui qu'il « a décrit sous le nom de « *Signe du décubitus latéral de* « *prédilection.* »

Il est bon d'entrer dans quelques détails à son sujet.

D'après *Molle*, un malade ne choisit jamais, pour son décubitus au cours du sommeil, le côté où siège l'hémihy-

peresthésie neuro-musculaire, quelque faibles qu'en soient les symptômes révélateurs. Il couche régulièrement sur son côté normal ; il ne faut pas croire, en effet, que dans le sommeil, le malaise qui amène dans les masses musculaires la mise en jeu un peu prononcée de leur élasticité ne soit pas ressentie. « Si la conscience ne le perçoit pas, « l'instinct en est averti, et, si bien, que le dormeur, tout « en ne se réveillant pas, change d'attitude ».

Or, chez les sujets qui ont réellement un côté de prédilection pour le repos (et ils sont la grande généralité), il est parfaitement légitime de soutenir que les pressions exercées par le poids du corps, et les dispositions vicieuses des membres, agissent sans doute d'une façon plus précise et plus impérieuse du côté sur lequel ils redoutent précisément de prendre leur sommeil ; il est donc permis de conclure que le patient enregistre de cette façon, et pour ainsi dire automatiquement, son hémihyperesthésie, le médecin n'ayant plus alors qu'à interpréter ce fait dont la signification devient pleine d'intérêt.

Nous en avons terminé avec l'exposé des procédés qui permettent de cataloguer une grande proportion de sujets en hémihyperesthésiques droits ou gauches, ou, pour employer l'expression de *Molle* en « faibles droits » et « faibles gauches » ; cet auteur, en effet, a déduit de l'observation d'un grand nombre de faits que les troubles d'hémihyperesthésie constituaient en réalité comme le substratum d'une hémihypotrophie sous-jacente ; l'exposé des lois qu'il a formulées concernant la disposition de la carie dentaire et la systématisation des lésions pulmonaires au cours de la tuberculose, complètera la matière de ce premier chapitre.

§ 2. *Loi concernant la distribution de la carie dentaire.*
(Cette loi a déjà été formulée dans la brochure : « L'homme droit et l'homme gauche », *que nous avons déjà signalée.)*

L'auteur a pris soin de spécifier expressément qu'elle ne s'appliquait qu'aux caries dentaires survenues spontanément. Il n'est pas douteux, en effet, que certains traumatismes ne soient des causes directes de carie ; c'est ainsi qu'il est reconnu que les sujets dont les dents sont trop serrées présentent précisément aux points de contact de deux dents voisines la lésion caractéristique qui nous occupe. On sait également qu'une dent de sagesse survenant au niveau d'un maxillaire vierge de toute brèche est presque fatalement destinée à la carie, à cause de sa compression dans un espace trop restreint. Enfin, on n'ignore pas que, lorsqu'une dent quelconque de l'un des maxillaires se trouve privée de la butée de son homologue du maxillaire opposé, cette dent finit par subir une sorte de poussée hors de son alvéole ; elle s'allonge pour ainsi dire ; elle présente donc au contact des sécrétions buccales la partie de son collet non revêtue d'émail, d'où apparition d'une carie du collet. Cette carie du collet ne peut évidemment entrer dans le cadre de la loi présente.

Les observations de *Molle* ont donc été prises en dehors de toutes ces circonstances de causes manifestement extrinsèques.

Dans ces conditions, voici le texte de cette loi :

Maxillaires supérieur et inférieur : D'une façon générale et suivant une règle depuis longtemps connue lorsqu'une dent est atteinte de carie, il est bien rare que sa symétrique du côté opposé reste longtemps indemne ; on retrouve là un de ces phénomènes de trophonévrose réflexe fréquemment observé au niveau de différents organes.

Or, *la première des dents homologues atteinte est toujours une dent du côté hémihyperesthésié ; sa symétrique présentera à son tour la lésion caractéristique, mais à une époque*

telle qu'elle n'est aucunement subordonnée à l'apparition de la carie sur d'autres éléments de ce même côté hyperesthésié.

Quelques exemples feront mieux comprendre ce texte ; si on prend un individu reconnu *hémihyperesthésique gauche* (1), la distribution de quatre caries dentaires pourra se présenter indifféremment suivant les tableaux ci-dessous (les numéros d'ordre indiquant les dates relatives d'apparition des lésions) :

Premier tableau :

1° Première prémolaire *gauche*
2° Première prémolaire *droite*
3° Première molaire *gauche*
4° Première molaire *droite*

Deuxième tableau :

1° Première prémolaire *gauche*
2° Première molaire *gauche*
3° Première prémolaire *droite*
4° Première molaire *droite*

Troisième tableau :

1° Première prémolaire *gauche*
2° Première molaire *gauche*
3° Première molaire *droite*
4° Première prémolaire *droite*

On peut évidemment trouver d'autres combinaisons, mais les règles générales posées dans la loi sont toujours respectées.

---

(1) Molle a spécifié que le siège de l'hémihyperesthésie se rencontrait plus souvent à gauche qu'à droite, dans la proportion de 3 à 2 environ ; il est intéressant de rapprocher cette observation de celle de Galippe, qui reconnaît que les prémolaires *gauches* sont beaucoup plus souvent atteintes de carie que leurs congénères *droites*.

§ 3. *Lois de systématisation des lésions dans la tuberculose pulmonaire commune.*

Ces lois ont fait l'objet de travaux assez nombreux qu'on trouvera relatés dans l'index bibliographique qui accompagne cette thése.

Un des élèves de *Molle*, Chirent, dans un travail intéressant, paru assez récemment dans la *Presse Médicale* les a désignées sous le nom de *lois de Molle.*

Cette appellation nous paraît de tous points justifiée, et il ne nous semble point douteux quelles n'acquièrent, un jour, la notoriété qui leur est due.

En tous cas, en voici l'exposé :

1re *loi.* — « Chez les sujets « faibles gauches », l'envahissement bacillaire semble se porter concurremment sur deux régions bien différenciées des sommets, qui sont : d'une part, le « pôle antérieur » gauche, et de l'autre, le « pôle postérieur » droit.

Chez les sujets «faibles droits», la distribution de ces régions est inversée, à savoir que c'est le « pôle antérieur » droit et le « pôle postérieur » gauche qui sont frappés.

Nous savons déjà ce que l'auteur désigne sous le nom de « faibles droits » ou « faibles gauches » ; nous n'insisterons pas davantage sur ces appellations, mais nous devons commenter les expressions : pôle antérieur et pôle postérieur.

Chacune de ces désignations correspondent sans qu'il soit besoin de nous étendre, la 1re aux régions sus et sous-claviculaires, et la 2e aux fosses sus et sous-épineuses ; ces termes se justifient d'ailleurs au sens purement anatomique. On sait que « les coupes horizontales » des pou-

mons pratiquées au-dessus du cœur se rapprochant de la forme circulaire (Dechambre) il est donc exact de désigner sous le nom de pôle antérieur et pôle postérieur les régions qui correspondent aux parties antérieure et postérieure de ces coupes.

2e *loi.* — Il n'est pas toujours possible d'établir, par des moyens stéthoscopiques, la preuve effective de l'apparition simultanée de cette double lésion. Toutefois, nous avons toujours observé qu'une pression digitale un peu vigoureuse effectuée au niveau du revêtement musculocutané des 2 régions sus-indiquées, révélait une sensibilité fortement exagérée à leur niveau relativement à celle de leurs congénères opposées, et cela dès les premiers jours de la tuberculisation.

Ce paragraphe atteste la fréquence, sinon la constance des hyperesthésies musculaires systématisées chez les bacillaires au début. Ces phénomènes ont été signalés par des cliniciens de valeur, tels que *Weill* et *Jacquet.*

3e *loi.* — Chacun de ces deux foyers, une fois établi, est le point de départ du processus tuberculeux dans son sommet respectif.

Ce paragraphe ne présente pas un fait nouveau, le phénomène qu'il relate étant bien connu des observateurs.

4e *loi.* — L'évolution ultérieure de ces lésions fondamentales, relativement l'une à l'autre, est loin d'offrir un parallélisme constant. Leur marche nous a paru, en effet, affecter trois modalités principales.

Premier cas. — Les poussées congestives alternent régulièrement d'un foyer à l'autre à intervalles plus ou moins rapprochés, de telle sorte que leur importance s'accroît parallèlement.

Deuxième cas. — Un des deux foyers accapare pour son compte la majeure partie des phénomènes congestifs, de telle sorte qu'une des lésions est fortement en avance, quant à son étendue sur sa congénère opposée, qui, toutefois, reste nettement appréciable.

Troisième cas. — Un seul foyer est en activité, le foyer du pôle congenère restant silencieux à telle enseigne que, à part le résultat de l'exploration manuelle du revêtement musculo-cutané, aucun symptôme n'a pu être décelé à son niveau.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous venons de développer les considérations techniques qui nous permettent d'exposer avec fruit quelques faits cliniques s'y rattachant.

En somme, il nous suffira de décrire chez des sujets tuberculeux atteints de carie dentaire, d'une part la topographie exacte des lésions pulmonaires, et de l'autre la disposition des dents atteintes de carie *spontanée*, le rapprochement de ces deux descriptions devra comfirmée les lois que nous venons de reproduire.

Il est bon de signaler encore que, étant donné la rareté relative de la carie dentaire *spontanée*, surtout chez les individus d'un certain âge, les observations ci-après ne se rapporteront qu'à des sujets relativement jeunes, et en outre présentant pour la plupart, des lésions pulmonaires récentes ; les lois de systématisation de *Molle*, comme cet auteur a le soin de le déclarer, présentant leur maximum d'exactitude dans la tuberculose au début.

C'est dans ces conditions seules que cette vérification est possible, et il est utile d'en avertir les observateurs qui, autrement, risqueraient de tomber sur des faits en apparence contradictoires.

OBSERVATION Ire

Tirée de la thèse de Didier, élève de *Molle* et complétée ultérieurement par cet auteur au point de vue des lésions dentaires.

P... Josefa, Pavillon nº 8, lit nº 7. Service du Dr Molle, âgée de 15 ans.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels. L'affection actuelle aurait débuté il y a trois mois environ ; examinée pour la première fois le 9 décembre 1911.

Signes stéthoscopiques. — Sommet droit. — Matité très nette au niveau des fosses sus et sous-épineuses. Exagérations des vibrations à l'auscultation ; obscurité, respiration légèrement soufflante ; il n'y a pas de craquements, ni de râles.

Ces phénomènes se retrouvent sous l'aisselle et aussi, quoique plus atténuées dans la fosse sous-claviculaire ; il est très aisé de constater en particulier à ce niveau une tonalité beaucoup plus élevée à la percussion qu'au niveau de la fosse sous-claviculaire gauche ; il y a également de l'obscurité, mais moins accusée qu'en arrière ; pas de râles.

Sommet gauche. — La respiration est partout normale, en particulier dans la fosse sous-claviculaire.

Troubles nerveux. — La malade choisit le *décubitus latéral droit* pour son sommeil ; elle est très affirmative sur ce point et reconnaît avoir toujours agi ainsi.

Le grand pectoral *gauche* est très hyperesthésié relativement à celui du côté droit. C'est au contraire le trapèze *droit* qui est hyperesthésié relativement à son congénère gauche.

La zone rachidienne *gauche* présente une hyperesthésie très notable, relativement à son homologue de droite ; en outre, une pression un peu vigoureuse à son niveau détermine des sensations angoissantes s'irradiant jusqu'au niveau de l'épigastre, et une légère dyspnée.

Une compression même légère au niveau du muscle grand droit *gauche* (*zone abdominale*) dans la région juxtaovarienne donne des résultats analogues ; il est à noter que le point de départ de ces troubles réside bien dans la paroi, et même dans l'épaisseur de la peau, un pincement un peu brusque d'un pli cutané déterminant les mêmes phénomènes.

La *zone fessière gauche* est aussi très notablement hyperesthésiée. Les gros troncs nerveux des membres supérieur et inférieur *gauches* sont également très douloureux ; enfin, la compression du pneumogastrique *gauche* décèle une hyperesthésie locale manifeste.

Il est à noter que cette systématisation de ces troubles nerveux

a conservé une constance remarquable pendant deux mois entiers et existait encore lorsque cette malade a été perdue de vue ; fait digne de remarque, la malade a présenté, durant son séjour à l'hôpital, à plusieurs reprises, des poussées fluxionnaires au niveau de diverses articulations ; ces manifestations ont été considérées comme appartenant au rhumatisme inflammatoire, tel que l'a décrit Poncet au cours de la tuberculose ; les localisations articulaires ont été presque exclusivement à *gauche*, et en particulier au niveau du genou qui a présenté une hydarthrose très marquée.

Au point de vue dentaire : on observe le dix décembre 1911, une carie du 3e degré au niveau de la deuxième prémolaire *gauche* supérieure, intégrité des autres dents.

Résumé. — Il s'agit, comme on le voit, d'un sujet hyperesthésique *gauche* dont les lésions pulmonaires siègent exclusivement à *droite*, mais avec prédominance dans la *région postérieure du sommet*. Ce genre de disposition rentre dans le troisième cas prévu dans la 4e loi de *Molle*.

La présence de la carie dentaire à *gauche* est donc également en concordance avec les données que nous avons exposées.

OBSERVATION II

Tirée également de la thèse de *Didier*, complétée ultérieurement par *Molle* au point de vue dentaire.

Maria T..., âgée de 18 ans, malade observée en clientèle. — Bonne santé antérieure, vue pour la première fois en décembre 1908 ; a perdu dans le courant de 1906, un frère âgé de 22 ans, à la suite d'une tuberculose pulmonaire à marche subaiguë ; ce frère avait été suivi par l'auteur de l'observation actuelle durant la plus grande partie de sa maladie, et il avait été expressément noté que les lésions pulmonaires avaient débuté au niveau de la fosse sous-claviculaire droite et avaient envahi la totalité du sommet droit. Actuellement cette jeune fille présente les signes stéthoscopiques suivants :

Sommet droit. — Matité très nette au niveau de la fosse sous-claviculaire ; exagération des vibrations manifeste ; à l'auscultation on observe : obscurité respiratoire, expiration prolongée et rude, râles et sibilances à la toux. Ces signes se perçoivent encore dans la partie la plus antérieure du *creux axillaire*, mais s'atténuent progressivement pour *disparaître en arrière*, où on ne trouve rien d'anormal.

Sommet gauche. — Respiration normale partout.

Notons qu'il existe des phénomènes fébriles, de la toux et de l'amaigrissement.

Troubles nerveux. — La malade affirme ne pouvoir prendre son sommeil dans des conditions normales que sur le côté *gauche* ; d'ailleurs, on note que la mère de cette jeune fille et deux de ses sœurs, interrogées sur ce point, ont non seulement confirmé la déclaration ci-dessus, mais encore ont reconnu qu'elles-mêmes ne pouvaient dormir à leur aise que couchées sur leur côté *gauche*.

Le grand pectoral *droit* est très nettement hyperesthésié ; c'est le trapèze *gauche*, au contraire, qui présente une exagération douloureuse manifeste.

Les zones rachidienne *droite*, fessière *droite* et abdominale *droite*, sont manifestement hyperesthésiées. Il en est de même du pneumogastrique *droit*.

Au point de vue dentaire : examen à la date du 25 décembre 1908, il existe trois dents cariées dont voici la disposition :

Côté droit : 1re prémolaire supérieure, carie de 3e degré ;
1re molaire inférieure, carie de 2e degré.

Côté gauche : 1re prémolaire supérieure, carie du 1er degré.

Résumé. — Sujet hémihyperesthésique *droit* dont les lésions siégeaient exclusivement à droite, mais avec prédominance marquée à *la partie antérieure* du sommet. dans la fosse sous-claviculaire.

La distribution des caries dentaires cadre parfaitement avec celles des sujets hémihyperesthésiques droits, la lésion de la prémolaire supérieure *droite* ayant une date d'apparition nettement antérieure à celle de la prémolaire gauche correspondante et la 1re molaire inférieure *droite* étant seule touchée.

OBSERVATION III

Tirée d'un travail de *Molle* : « Le signe du tapotage dans la tuberculose pulmonaire », complétée ultérieurement au point de vue carie dentaire par cet auteur.

Zari, X..., hôpital civil d'Oran, pavillon 8, lit n° 7, âgée de 22 ans, d'origine israélite. — Rien à noter de saillant dans les antécédents héréditaires.

Examinée dans le courant d'octobre 1908, cette malade présente les lésions suivantes :

Sommet droit. — Vaste excavation dont les signes physiques se perçoivent presque avec autant d'intensité en arrière qu'en avant. Toutefois, il existe, au niveau de la fosse sous-claviculaire, une bande pulmonaire relativement perméable, où le murmure vésiculaire peut encore se percevoir, de telle sorte qu'il y a des probabilités pour que la lésion actuelle ait débuté en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses, et se soit étendue de là dans la presque totalité du sommet.

Sommet gauche. — Sous la clavicule, zone d'infiltration sans fonte, craquements secs, légère exagération des vibrations ; ces signes persistent sous l'aisselle, mais les fosses sus et sous-épineuses présentent une respiration à peu près normale.

Au point de vue nerveux : la malade présente de l'hyperesthésie neuro-musculaire très nettement localisée à *gauche* ; le grand pectoral *gauche*, en particulier, est fortement hyperesthésié, relativement à son homologue de droite ; les muscles de la gouttière rachidienne *gauche* sont nettement hyperesthésiés, principalement au lieu d'élection. Une pression légère exercée au niveau du pneumogastrique *gauche*, détermine une sensation douloureuse beaucoup plus marquée qu'à droite. Zone ovarienne *gauche* hyperesthésiée.

Au point de vue dentaire : examinée courant octobre 1908, la malade présente cinq dents cariées, dont voici les dispositions :

Côté gauche : 1re prémolaire supérieure réduite à l'état de chicot ;
1re incisive supérieure, carie de 2e degré ;
2e molaire supérieure, carie de 3e degré.
Côté droit : 1re prémolaire supérieure, carie de 3e degré ;
2e molaire supérieure, carie de 1er degré.

Résumé. — Sujet hémihyperesthésique *gauche* à lésions bilatérales avancées, avec localisations habituelles aux hémihyperesthésiques *gauches*, la disposition des dents cariées est également en concordance avec la topographie des lésions pulmonaires.

OBSERVATION IV

Personnelle. — Prise sous la direction de M. le Dr Molle, dans son service à l'hôpital civil d'Oran.

S..., Gustave, âgé de 22 ans, hospitalisé pavillon 6 (2), lit nº 14, janvier 1914.

Ce malade présente un état général en apparence satisfaisant. Conservation d'un embonpoint relatif. Cependant, il tousse depuis deux mois ; état subfébrile ; conservation de l'appétit.

Lésions pulmonaires. — *Le côté gauche* est absolument normal.

Côté droit. — Il existe dans la fosse sous-claviculaire de la submatité, qui semble s'accentuer vers la partie interne de cette région vers le bord sternal droit.

A l'auscultation, on observe de l'obscurité dans la totalité de la fosse sous-clavière, mais, vers la partie interne, la respiration devient rude et soufflante. A la toux apparaissent des râles humides et quelques craquements.

Rien dans le creux axillaire. Les fosses sus et sous-épineuses sont normales, sauf une légère exagération des vibrations thoraciques, dans leur partie juxtarachidienne, sans râles, ni modifications du murmure vésiculaire.

Troubles nerveux. — *Décubitus latéral* : Le malade, interrogé minutieusement dès les premiers jours de son entrée, déclare n'avoir rien observé de particulier à ce sujet et se coucher indistinctement d'un côté ou de l'autre ; cependant, le personnel du service, sur nos indications, ayant procédé à une enquête discrète, il fut reconnu que le *décubitus latéral gauche* était exclusivement pratiqué par le malade, au cours de son sommeil et de façon d'ailleurs inconsciente. Il fut également possible de vérifier que chaque matin à la visite, avant que le sujet ait pu procédé à des soins de toilette quelconques, on observait dans la région temporo-pariétale du cuir chevelu à *gauche*, une intrication des cheveux infiniment plus marquée qu'à droite, sorte de plique localisée à ce niveau, et qui témoignait bien de la réalité d'un décubitus latéral prolongé de ce côté *gauche*.

Distribution de l'hyperesthésie. — A l'exploration on constate : *zone rachidienne droite* particulièrement sensible ; *zones iliaque et abdominale* du même côté nettement hyperesthésiées. Enfin, le pincement du bord inférieur du grand *pectoral droit* à la partie antérieure du creux de l'aisselle, déterminait une violente réaction douloureuse, avec protestations véhémentes du patient.

Au point de vue dentaire : il existait deux dents cariées, toutes deux à droite ; la 1re prémolaire supérieure, et la 2e molaire inférieure, ces deux caries étant du 3e degré. Le côté *gauche* présentait des dents absolument saines.

Résumé. — Il s'agissait donc d'un sujet hémihyperesthésique *droit* avec lésions bacillaires parfaitement localisées à *droite* et *en avant*, par conséquent rentrant dans le cadre des *lois de Molle*, et chez lequel les caries dentaires siègeaient exclusivement à droite.

OBSERVATION V

Personnelle. — Prise à l'Infirmerie du 1er Tirailleurs Algériens à Blida, en collaboration avec M. le médecin-major *Molle*, chef de service.

Ahmed ben Abdallah, 18 ans, jeune soldat de conscription indigène. Ce malade est examiné pour la première fois le 18 octobre 1915 ; aspect émacié, état général lamentable. Il est d'ailleurs proposé d'office pour la réforme.

Lésions pulmonaires. — *Sommet droit* : Il existe une infiltration de la totalité de ce sommet : matité en avant et en arrière ; à l'auscultation, on perçoit une exagération des vibrations thoraciques et une respiration soufflante également en avant et en arrière. Toutefois, c'est au niveau de la fosse sous-clavière que paraissent résider les lésions les plus avancées ; on constate en effet dans cette région :

Râles et craquements humides, surtout confluents dans la partie antéro-externe, ces râles humides ne se retrouvent pas en arrière.

Sommet gauche. — Zone de matité dans la partie juxta-rachidienne des fosses sus et sous-épineuses (zone d'alarme de *Sergent*). La fosse sous-clavière est normalement sonore. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est normal en avant, et l'on perçoit quelques râles en arrière.

Troubles nerveux. — *Décubitus latéral* : Ce malheureux totalement ahuri est incapable de fournir un renseignement quelconque sur cette particularité ; toutefois, il existe au niveau de la région trochantérienne *gauche* une zone cutanée arrondie de la largeur de la paume de la main, laquelle présente une pigmentation spéciale et une rugosité anormale ; il s'agit là, à coup sûr, d'une lésion cutanée superficielle qui s'observe chez les sujets maigres prenant habituellement leur sommeil sur une couche dure, comme c'est d'ailleurs le cas en l'espèce. Cette anomalie étant appréciable, exclusivement dans la région trochantérienne *gauche*, témoignait certainement du décubitus latéral pris régulièrement et inconsciemment de ce côté.

Une enquête fut menée pendant les quelques jours que ce jeune soldat passa à l'infirmerie du corps, et cela permit de vérifier l'exactitude de cette présomption.

Distribution de l'hyperesthésie musculaire.

Autant qu'il fût possible de le vérifier sur un semblable sujet, les zones rachidienne, iliaque et abdominale étaient sensiblement hyperesthésiées à *droite*. Enfin, le pincement du bord libre du grand pectoral déterminait *exclusivement à droite* une mimique des plus significatives.

Autres lésions tuberculeuses : Ce sujet présentait, en outre, une tumeur blanche classique du genou *droit* ; le siège à *droite* de cette lésion articulaire ajoute un nouvel intérêt à l'observation présente.

Au point de vue dentaire : Une seule dent cariée, la 2e prémolaire supérieure *droite* ; intégrité des autres dents.

Résumé. — Il s'agissait donc d'un hémihyperesthésique *droit* avec lésions pulmonaires orientées suivant les lois de *Molle*, c'est-à-dire : *la localisation droite antérieure et localisation gauche postérieure* ; il présentait, en outre, une tuberculose articulaire à *droite* et enfin une carie dentaire à *droite*.

CONCLUSIONS

Nous ne pouvons, à notre grand regret, nous étendre davantage sur notre sujet ; les circonstances actuelles excuseront cette brièveté ; d'ailleurs, à en croire celui qui fut l'inspirateur de ce travail, il eût été facile de multiplier les observations.

Celles que nous venons de reproduire nous paraissent toutefois suffisamment probantes.

On jugera de l'intérêt qu'elles présentent, puisqu'elles confirment de tous points des lois de pathologie générale qui méritent grandement d'attirer l'attention.

Au point de vue purement pratique, le clinicien ne possédera jamais assez de moyens d'investigation pour vérifier les signes de début de la tuberculose ; à ce point de vue, chez un sujet présentant au niveau de tel ou tel territoire pulmonaire des signes suspects, si l'examen de la bouche décèle des caries dentaires siègeant en des régions appropriées, ce fait constituera une présomption nouvelle que l'observateur ne devra pas dédaigner.

Aussi, estimons-nous que cette seule considération suffirait à justifier ce modeste travail.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

WEILL. — Des Troubles nerveux chez les Tuberculeux (*Revue de Médecine*, 1893, n° 6, 10 juin).

CARRIÈRE. — Contribution à l'étude des troubles nerveux périphériques qui surviennent dans le cours de la tuberculose pulmonaire et de leur pathogénie (*Thèse de Bordeaux*, 1894-95).

CARRIÈRE. — Troubles nerveux périphériques chez les tuberculeux pulmonaires (*Nord Médical*, 1899).

JACQUET. — Hémi-hyperesthésie neuro-musculaire chez un tuberculeux (syndrome de Weill) avec transfert (*Société Médicale des Hôpitaux*, 5 mai 1899).

JANNOT L. — Hémi-hyperesthésie neuro-musculaire dans la tuberculose pulmonaire (syndrome de Weill) (*Thèse de Paris*, 1899).

MOLLE (Oran). — L'Homme droit et l'Homme gauche au point de vue pathologique. — Essai de systématisation des lésions de quelques affections et en particulier de la Tuberculose pulmonaire (Maloine, éditeur, 1905).

MOLLE. — Essai de systématisation des lésions de la tuberculose pulmonaire au début (*Congrès international de la Tuberculose*, Paris, 1905).

MOLLE. — Etude clinique sur l'exploration et la compression pratiquées alternativement au niveau des faisceaux vasculo-nerveux du cou (*Bulletin Médical de l'Algérie*, 30 sept., 30 octobre 1906).

MOLLE. — De quel côté dorment les tuberculeux pulmonaires relativement au siège de leurs lésions ? (*Presse Médicale*, 26 août 1908).

MOLLE. — Hémi-hyperesthésie neuro-musculaire chez les variqueux et pathogénie des varices (*Gazette des Hôpitaux*, 16 février 1909).

Molle. — Le signe du tapotage dans la pthisie pulmonaire, sa signification (*Lyon Médical*, 7 février 1909).

Molle et Jouty. — Existe-t-il une relation entre le siège des lésions laryngées et celui des lésions pulmonaires dans la tuberculisation des deux organes ? Essai de systématisation des lésions tuberculeuses de l'arbre respiratoire (*Annales des Maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, tome XXXV, nº 2, février 1909).

Lebar (Elie). — Hyperesthésies systématisées et troubles connexes (*Thèse de Paris*, 1906).

Molle. — Influence de l'hérédité familiale sur la distribution géographique des lésions dans la tuberculose pulmonaire (*Presse Médicale*, 4 mars 1911).

Molle. — Quelques considérations sur les phénomènes réactionnels (douleur, toux) provoqués par l'exploration manuelle (palpation, pression, percussion) pratiquée au niveau des sommets dans la tuberculose pulmonaire (*Journal des Praticiens*, 11 février 1911).

Molle et Mirouse. — Note sur quelques effets produits par la révulsion, chez les tuberculeux pulmonaires, au point de vue de la distribution des hyperesthésies musculaires systématisées (*Bulletin Médical de l'Algérie*, juillet 1912).

Fowler. — De la localisation des lésions de la pthisie ; traduit pa-Tussau, Paris 1882. — *Arrested pulmonary tuberculosis*, London, 1892.

Piery. — La tuberculose pulmonaire, Paris 1910 (*Bibliothèque de la Tuberculose*).

Tripier. — Traité d'anatomie pathologique générale (1904).

Sabourin. — La douleur locale à la pression du doigt chez les tuberculeux (*Journal des Praticiens*, 1910, p. 471).

Molle. — Le problème pathogénique de la 1re loi de Louis et la distribution des nerfs conducteurs de la trophicité broncho-pulmonaire (*Bulletin Médical*, Paris, 10 sept. 1913).

Didier. — Contribution à l'étude des hyperesthésies neuro-musculaires systématisées dans la tuberculose pulmonaire (*Thèse d'Alger* 1912).

Dechambre. — Article : Décubitus (*Dictionnaire Dechambre*).

MEUNIER. — Du rôle du système nerveux dans l'infection broncho-pulmonaire.

CHIRENT. — Les lois de systématisation des lésions dans la tuberculose pulmonaire commune (*Presse Médicale*, Paris 1913).

SOULÈS. — Contribution à l'étude pathogénique de la première loi de Louis (*Thèse de Toulouse*, 1914).

MOLLE. — Le Rôle du système nerveux central dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire commune (*Bulletin Médical de l'Algérie*, 10 novembre 1913).

Vu : *Le Président de thèse*,
ARDIN-DELTEIL.

Vu : *Le Doyen*,
CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer,

Alger, le 9 décembre 1915.

Le Recteur,
E. ARDAILLON.